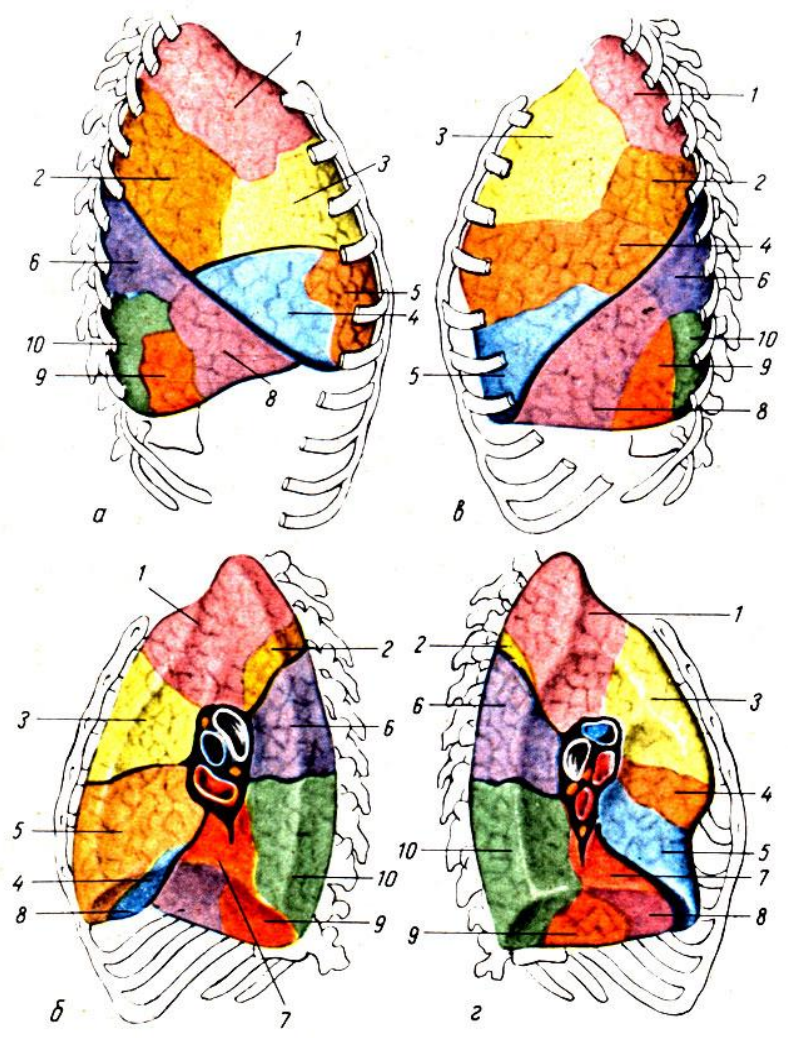
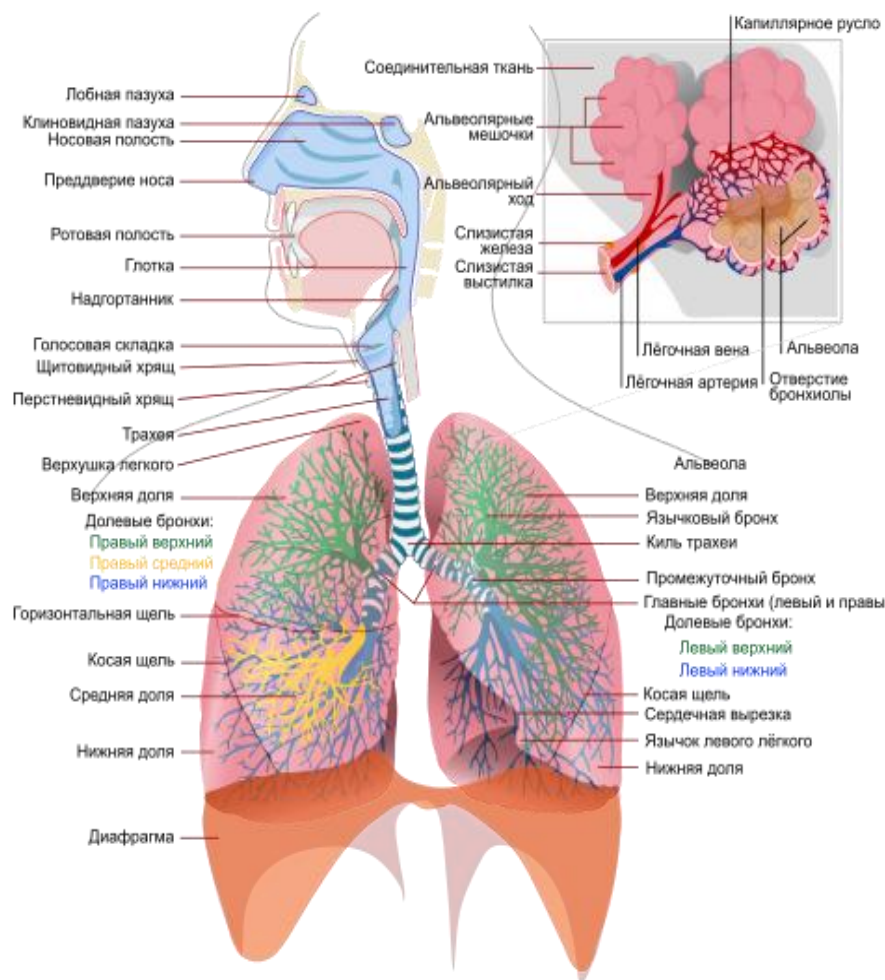




**ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ С
ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ
ДЫХАНИЯ. ОСОБЕННОСТИ
АНАМНЕЗА.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ
ЦЕННОСТЬ ОСМОТРА
БОЛЬНЫХ, ПЕРКУССИИ,
АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ**

Тыщенко Ирина Андреевна
Доцент кафедры внутренних
болезней педиатрического и
стоматологического факультетов
ВолгГМУ, к.м.н.



ЖАЛОБЫ:

- ◎ Основные
- ◎ Дополнительные

ВАЖНО!!!!

**Уточняется характер, с чем
связан, чем купируется
каждый симптом**

ЖАЛОБЫ:

⦿ Кашель:

- влажный (продуктивный) - с характеристикой выделяемой мокроты
- сухой

⦿ Одышка (dyspnoe):

- инспираторная
- экспираторная
- смешанная

⦿ Боли

⦿ Кровохарканье

КАШЕЛЬ (TUSIS)

- сложнорефлекторный акт, который вызывается раздражением блуждающего и верхнего гортанного нервов, расположенных в различных участках дыхательной системы.
- В норме кашель является защитным механизмом и служит для очищения дыхательных путей от секрета, инородных тел и раздражителей.

КАШЕЛЬ (TUSIS)

рефлексогенные зоны:

- ⊙ межчерпаловидная область
- ⊙ задняя стенка гортани
- ⊙ бифуркация трахеи
- ⊙ места ветвления долевых и сегментарных бронхов
- ⊙ плевра

КАШЕЛЬ (TUSIS)

- Механизм возникновения кашля связан с раздражением рецепторов этих зон чаще всего мокротой, реже пылевыми частицами, инородными телами, опухолями, увеличенными лимфоузлами, возбуждение по блуждающему нерву передается в продолговатый мозг в кашлевой центр → к двигательным нервам гортани, диафрагмы, грудной клетки → Голосовые связки смыкаются → внутрибронхиальное, внутриальвеолярное и внутригрудное давление повышается → форсированный выдох - кашлевой толчок.

Детализация кашля

I – по продолжительности

II – по характеру

III – по тембру

IV – периодичность кашля

V – времена появления кашля



Кашель

→ **Острый (до 3-нед)**

→ **Затяжной (3-8 нед)**

→ **Хронический (> 8 нед)**



1. ОРВИ,
2. Синуситы
3. Аллергический ринит
4. Пневмония

1. «постинфекционный»
2. после перенесенных ОРВИ
3. Синуситы и др. заболевания ЛОР

1. Курение (бронхит, ХОБЛ)
2. Синдром постназального затекания слизи
3. Бронхиальная астма
4. ГЭРБ
5. Побочные эффекты лекарств

Кашель по тембру



- **короткий и тихий** – *при плевритах, начале пневмонии, неврозах;*
- **«лающий» и громкий** – *при набухании голосовых связок, сдавлении трахеи, поражении гортани, истерии;*
- **сиплый** – *при воспалении голосовых связок;*
- **беззвучный** – *при разрушении голосовых связок, параличе их мышц.*

Периодичность кашля

Постоянный



1. Хронические заболевания глотки, трахеи
2. Бронхогенный рак легкого
3. Метастазы в лимфатические узлы средостения
4. Некоторые формы туберкулеза

Частый, приступообразный - коклюш

Приступообразный



1. Хронический бронхит
2. ХОБЛ
3. Бронхиальная астма
4. Пневмония
5. Рак легкого
6. Туберкулез

Периодический в виде покашливания (редкий) – при попадании инородных тел, задымление помещения, вдыхание пыли, газа

Время появления кашля



Утренний кашель – при ХОБЛ, бронхоэктатической болезни, абсцессе легких и кавернозном туберкулезе.

Вечерний кашель – при острых бронхитах и пневмониях.

Ночной кашель:

1. от сдавления трахеи, гортани и бронхов извне
объемными образованиями средостения
2. при бронхоспазме
3. при левожелудочковой недостаточности

КАШЕЛЬ (TUSIS)

- ◉ *Влажный кашель*, то есть кашель с выделением мокроты свидетельствует о повышенной экссудации в бронхах и встречается при многих заболеваниях дыхательной системы (пневмония, хронический бронхит, туберкулез, бронхоэктатическая болезнь).
- ◉ *Сухой кашель* характерен при острых бронхитах, эмфиземе легких, пневмосклерозе, начальных формах туберкулеза легких, опухолях бронхов.

КАШЕЛЬ (TUSIS)

- **Выделение мокроты:** мокрота образуется вследствие повышенной секреции бронхиальных желез, воспалительного экссудата при патологии бронхов, альвеол. Определенное значение имеет также нарушение функции мерцательного эпителия бронхов.
- **Определяются следующие параметры мокроты** - количество ее при отдельных кашлевых толчках и за сутки, консистенция (отходит свободно или с трудом), цвет, запах, характер мокроты, преимущественное время отхождения, наличие кровохарканья.

ХАРАКТЕРИСТИКА МОКРОТЫ

- Большое количество мокроты, иногда "полным ртом", характерно для нагноительных заболеваний легких - абсцесса, бронхоэктатической болезни.
- Вязкая мокрота обычно отходит с трудом, жидкая - легко. По цвету, мокроты обычно определяют ее характер. Слизистая мокрота - бесцветная, вязкая; серозная - опалесцирующая, часто пенится; гнойная мокрота - зеленоватая, сливкообразной консистенции.
- Различают также слизисто-гнойную мокроту и серозно-гнойную. Характер мокроты указывает на тяжесть и глубину воспалительного процесса. Особенно тревожным симптомом является кровянистая мокрота.

ОДЫШКА (DYSPNOE)

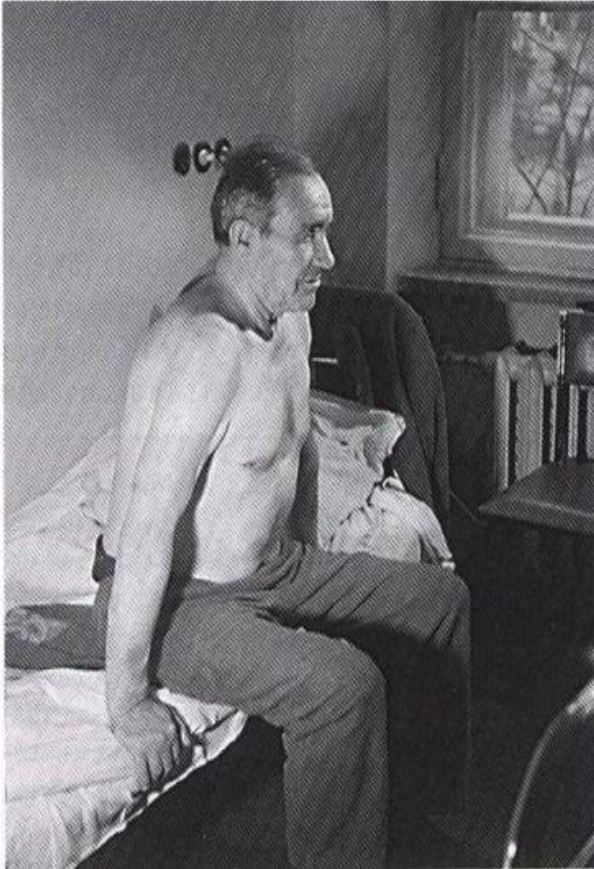
- неприятное ощущение затруднения дыхания или нехватки воздуха (клинически проявляется изменением частоты, глубины и ритма дыхания).

Виды одышки:

- **Инспираторная** одышка с признаками затруднения вдоха (нарушение вентиляции по **рестриктивному** тип),
- **Экспираторная** одышка с затруднением выдоха (нарушение вентиляции по **обструктивному** типу),
- **Смешанная** одышка.



Объективные признаки одышки



- изменение частоты, глубины, ритма дыхания,
- изменение соотношения продолжительности вдоха и выдоха,
- участие крыльев носа и вспомогательной дыхательной мускулатуры в акте дыхания,
- диффузный цианоз

ИНСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА

- возникает:
- 1) при наличии механического препятствия в верхних дыхательных путях (гортань, трахея);
2) при ограничении способности легкого к расширению, что приводит к снижению легочных объемов (ограничительный или рестриктивный тип нарушения вентиляционной функции).
- Причинами рестриктивной одышки могут быть: патология плевры (гидроторакс, пневмоторакс), поражение паренхимы (пневмония, отек легких, интерстициальный легочный фиброз), грудной клетки (например, сколиоз), нервно - мышечные болезни, приводящие к параличу дыхательных мышц.

Причины инспираторной одышки



- Вентиляционные нарушения по рестриктивному типу

а) Заболевания легочной ткани,
сопровожающиеся
уменьшением ее объема:

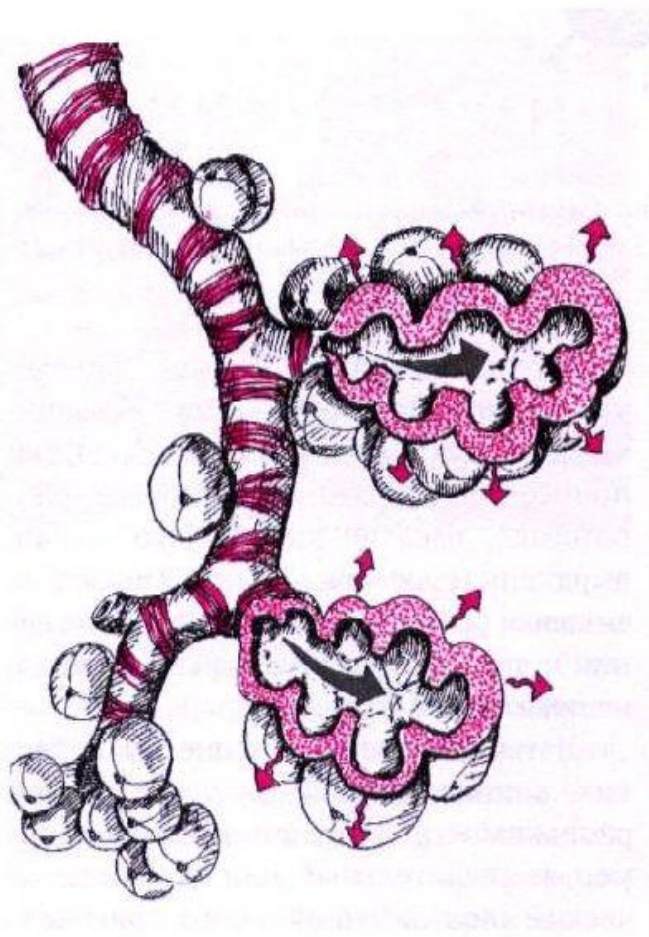
- пневмония
- абсцесс легкого
- опухоли,
- туберкулез и др.

Причины инспираторной одышки

Вентиляционные нарушения по рестриктивному типу

б) Заболевания легочной ткани, сопровождающиеся **уменьшением ее растяжимости:**

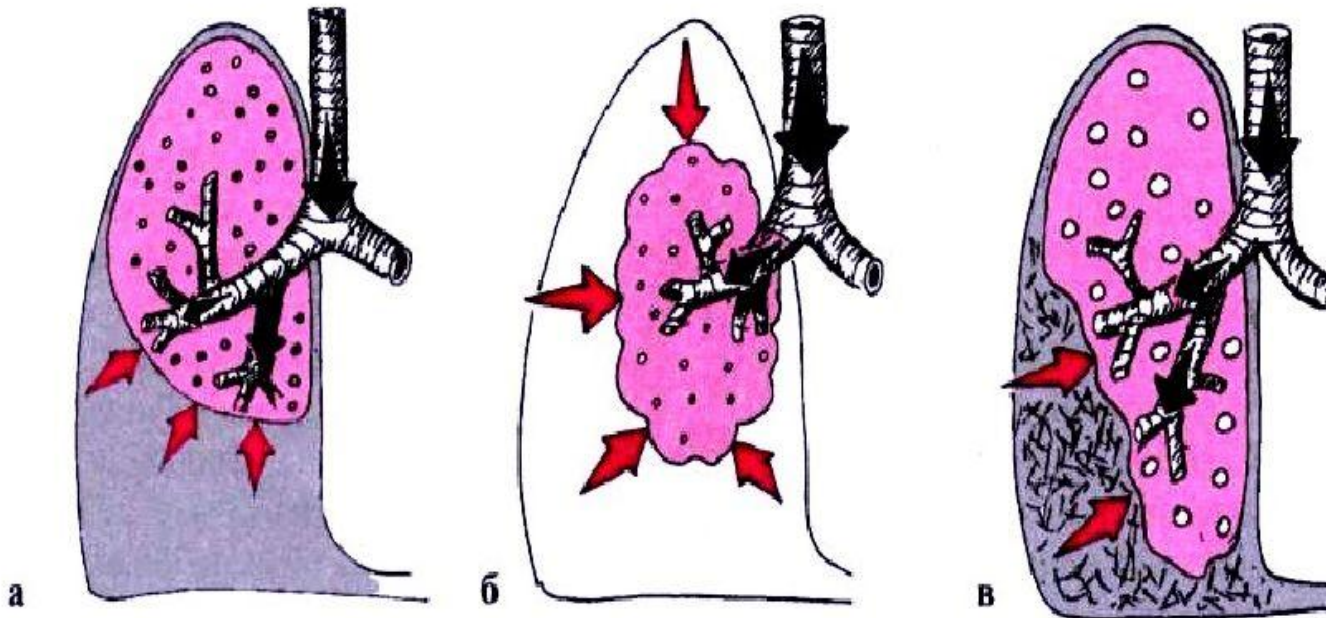
- воспалительный отек легочной ткани (пневмония)
- левожелудочковая недостаточность



Причины инспираторной одышки

2. Вентиляционные нарушения по рестриктивному типу

в) патологические процессы, сопровождающие
сдавлением легкого и ограничением подвижности:
заболевания плевры- гидроторакс (а), пневмоторакс (б),
плеврит (в)



ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА

- **Экспираторная одышка** чаще всего свидетельствует о сужении просвета мелких бронхов и бронхиол, что обуславливает повышение сопротивления воздушному потоку (обструктивный тип вентиляционных нарушений)
- **Обструктивная одышка** (при бронхиальной астме, обструктивной эмфиземе) возникает часто даже в покое, что связано с повышением усилий, затрачиваемых на вентиляцию. Дыхание при этом затруднено и замедлено, особенно на выдохе.

ОДЫШКА (DYSPNOE)

- **Удушье** - это крайняя степень затруднения дыхания, больные при этом говорят, что задыхаются. Удушье чаще всего является проявлением бронхиальной астмы. В основе его лежит быстро развивающаяся бронхиальная обструкция вследствие бронхо - и бронхиолоспазма, отека слизистой бронхов и закупорки их вязкой мокротой.

ПРИСТУП УДУШЬЯ

- начинается внезапно или с появления сухого мучительного кашля.
- Иногда приступу предшествуют такие явления как першение в носу, за грудиной.
- Быстро развивается удушье, больной делает короткий вдох и далее практически без паузы продолжительный выдох.
- Во время выдоха на расстоянии слышны сухие хрипы (свистящее дыхание, «дистанционные хрипы»).
- Больной занимает вынужденное положение - сидит на кровати, опираясь руками на ее край.

Клиническая характеристика удушья

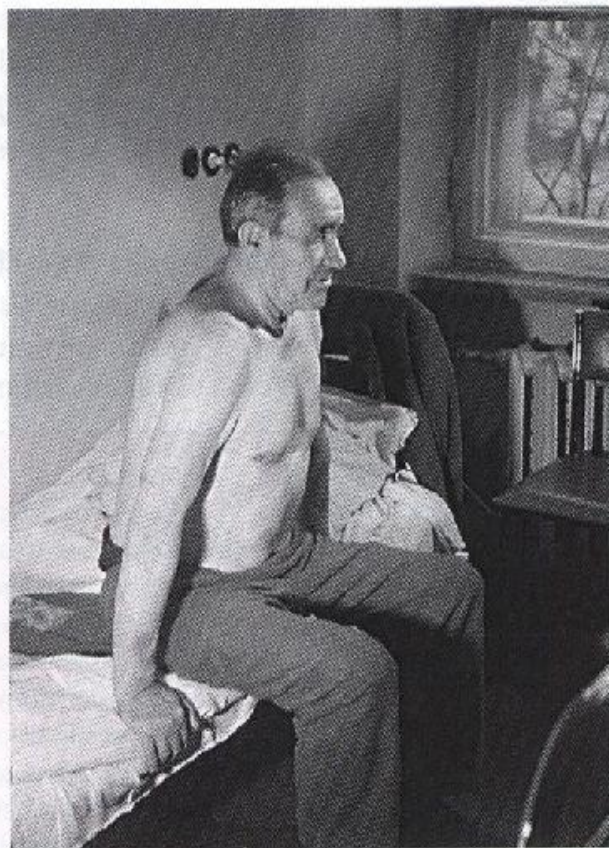


Рис. 2.33. Вынужденное положение больного во время приступа бронхиальной астмы.

БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

- для установления источника болевых ощущений при расспросе необходимо выяснить локализацию, иррадиацию болей, их характер, интенсивность, продолжительность, связь с дыханием и физическими нагрузками, переменой положения туловища, а также эффект от приема тех или иных лекарственных препаратов.

БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

Не связанная с патологией органов дыхания

Болезни тканей грудной
стенки

Болезни сердца
и крупных сосудов

Заболевания пищевода

Иррадиирующая от органов
брюшной полости

Связанная с патологией органов дыхания

Заболевания плевры

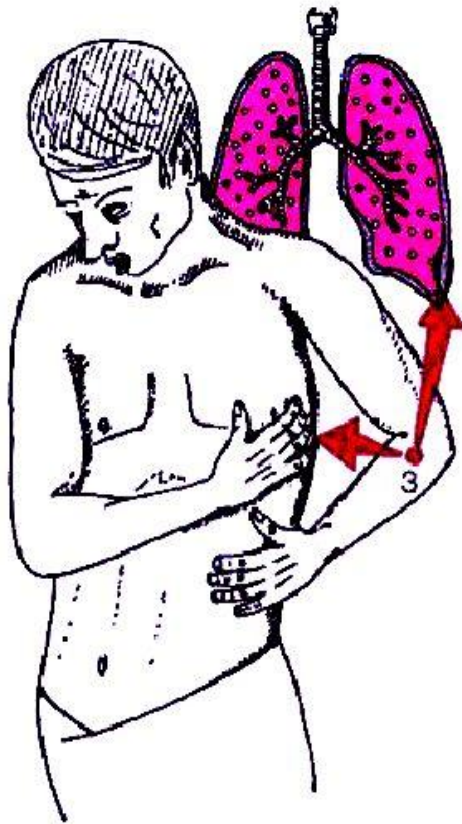


БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

- Болевые рецепторы отсутствуют в легочной ткани, и боли при заболевании дыхательной системы, как правило, имеют плевральное происхождение.
- появляются при растяжении воспаленной париетальной плевры (то есть при дыхании, кашле) и отличаются высокой степенью интенсивности.
- Боли чаще всего локализуются в нижнелатеральных отделах грудной клетки.
- При поражении диафрагмальной плевры боли могут иррадиировать в соответствующую стороне поражения шеи, надключичную область или живот.
- Для того чтобы уменьшить интенсивность болевых ощущений больной старается дышать поверхностно, не кашлять, принимает вынужденное положение на «больном» боку.

Боль в грудной клетке

Признаки плевральной боли :



- Боль усиливается или возникает при кашле, чихании, глубоком дыхании;
- усиливается в положении на здоровом боку, при наклоне туловища в здоровую сторону,
- уменьшается в положении на больном боку, при прижатии рукой больной половины, при поверхностном дыхании;
- локально расположены, при поражении диафрагмальной плевры боль локализуется в соответствующем подреберье, иррадирует в надключичные области и плечевые суставы
- колющие по характеру
- без иррадиации
- сочетаются с кашлем и другими симптомами поражения органов дыхания

КРОВОХАРКАНИЕ

- ⦿ откашливание крови, источником которой является респираторный тракт.
- ⦿ Количество крови может варьировать от прожилок крови в мокроте до массивного легочного кровотечения.
- ⦿ Кровохарканье объемом более чем 100 мл в течение 24 часов должно рассматриваться как потенциально жизненно-угрожающее.
- ⦿ Кровохарканье наиболее характерно для рака легкого, туберкулеза, бронхоэктатической болезни, инфаркта легкого, выраженных застойных явлений в малом круге кровообращения при патологии сердца (митральный стеноз).

ОСМОТР ПАЦИЕНТА

- Вынужденное положение - положение, которое принимает больной для облегчения состояния.
- Наблюдаются два вида **вынужденного положения** - лежа и сидя. При сильных болях в грудной клетке, обусловленных поражением плевры, больной лежит обычно на больном боку с тем, чтобы уменьшить боль.
- При сильном кашле, выделении мокроты больной инстинктивно занимает положение, при котором кашель и выделение мокроты уменьшаются.

ОСМОТР ПАЦИЕНТА

- Вынужденное положение сидя занимают больные во время приступа бронхиальной астмы, руками при этом они опираются о край кровати. Таким образом, включаются в дыхание дополнительные дыхательные мышцы и одышка несколько облегчается.

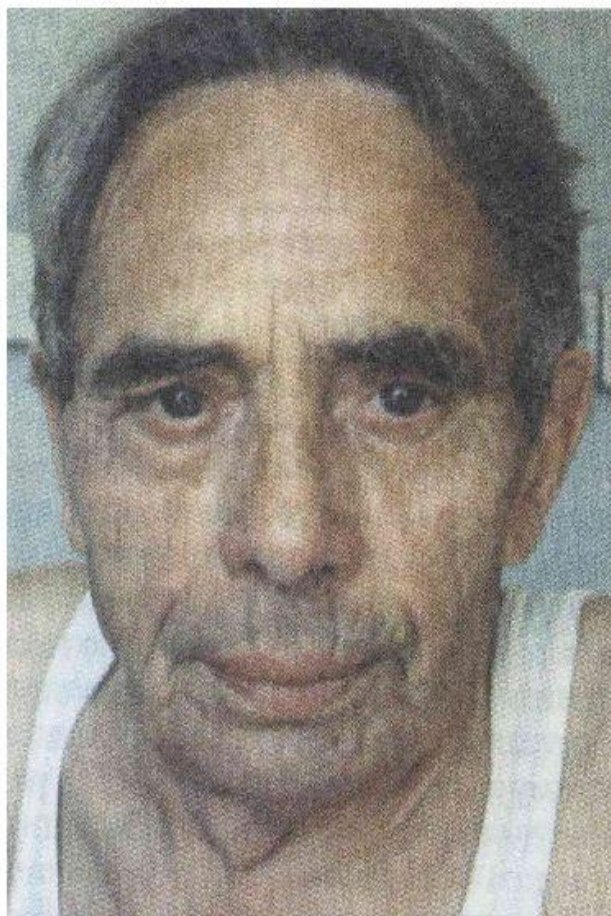
ОСМОТР ПАЦИЕНТА

- Изменение окраски кожи.
- **Синюшная окраска кожи - цианоз** - общий и акроцианоз - развиваются у больных заболеваниями дыхательной системы вследствие нарушений вентиляции, снижения артериализации крови и увеличения количества редуцированного гемоглобина. Цианоз появляется, когда уровень восстановленного гемоглобина в капиллярной крови достигает 50 г/л.

ОСМОТР ПАЦИЕНТА

- Различают центральный и периферический цианоз. Центральный цианоз обусловлен артериальной гипоксемией и характерен для легочной патологии, которая ее вызывает, это, в первую очередь, обструктивные заболевания легких, пневмонии, альвеолит. При крупозной пневмонии цианоз часто сочетается с гиперемией щек, особенно на стороне поражения.
- Периферический цианоз возникает тогда, когда восстановление оксигемоглобина превышает норму из-за замедленного тока крови по капиллярам

Диффузный (серый) цианоз



- Лицо больного с вентиляционной дыхательной недостаточностью

ОСМОТР ПАЦИЕНТА

- "Барабанные палочки" - колбовидное утолщение концевых фаланг пальцев рук и ног, одновременно изменяются ногти, они принимают форму часовых стекол

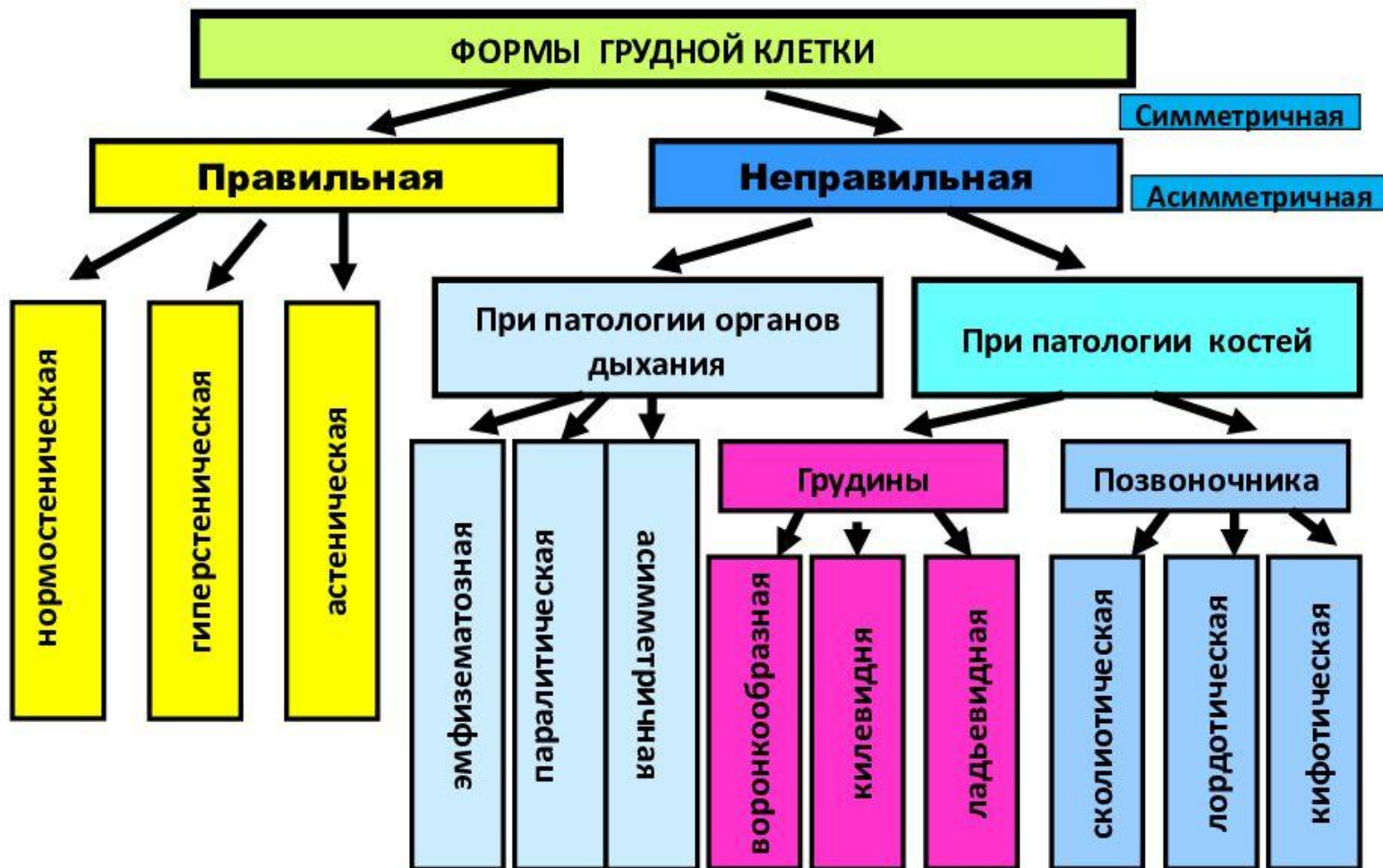


Осмотр грудной клетки: цели

Определить:

- Форму грудной клетки,
- Симметричность грудной клетки,
- Тип грудной клетки
- Участие обеих половин в дыхании,
- Тип дыхания
- Глубину, ритм, частоту дыхания, соотношение вдоха к выдоху.

ОСМОТР ПАЦИЕНТА



ОСМОТР ПАЦИЕНТА

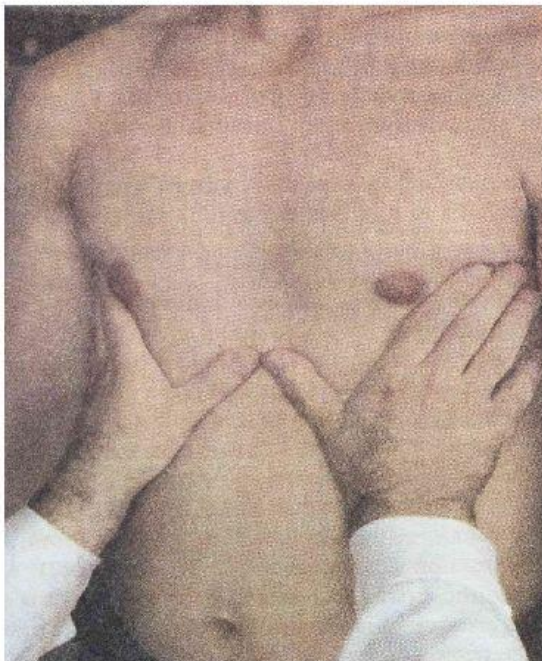
Форма и тип грудной клетки

- **Правильная:**
 - симметричная,
 - отсутствие искривлений, деформаций.

Типы: нормостеническая
астеническая
гиперстеническая.

ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Формы грудной клетки



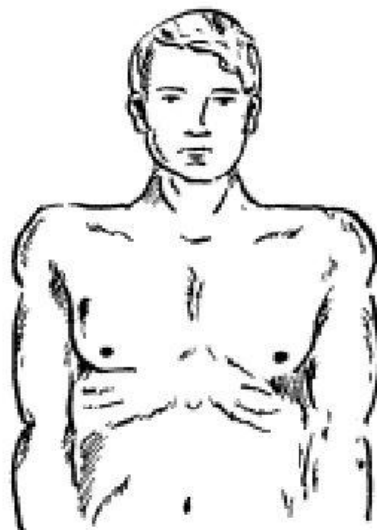
- Определение величины эпигастрального угла

ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Физиологические варианты формы
грудной клетки



астеническая



гиперстеническая



нормостеническая

ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Неправильные формы грудной клетки

1. **Патологические формы грудной клетки, связанные с заболеваниями органов дыхания:**
 - эмфизематозная
 - паралитическая
 - асимметричная

ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Неправильные формы грудной клетки

2. Патологические формы, связанные с нарушением формирования скелета:

а) обусловленные деформацией грудины:

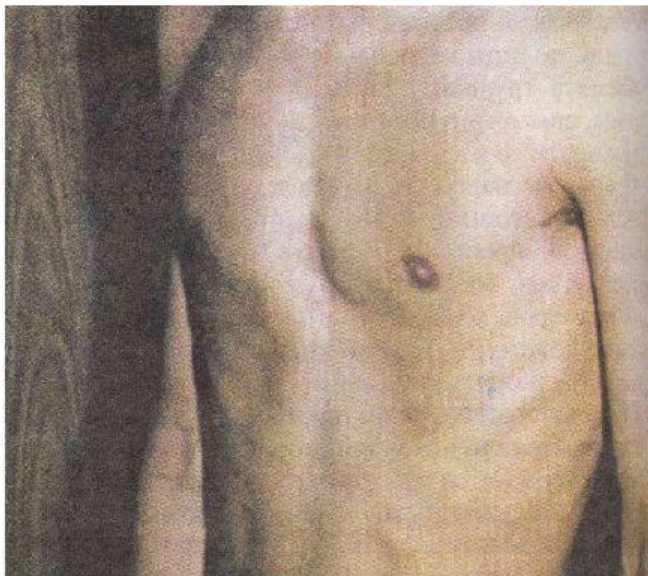
- воронкообразная
- ладьевидная
- килевидная.

б) обусловленные деформацией позвоночника:

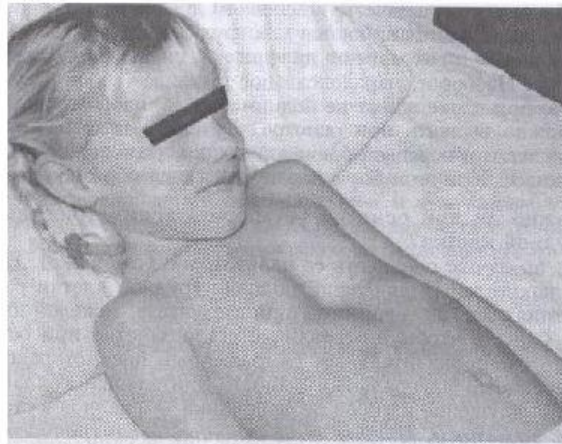
- лордотическая
- кифотическая
- сколиотическая
- сложные деформации

ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Патологические формы грудной клетки

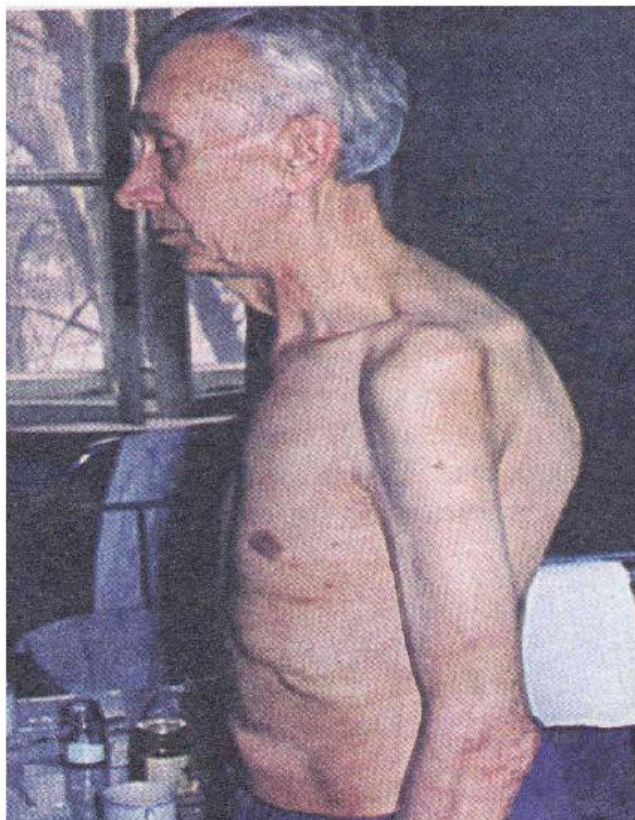


- Воронкообразная грудная клетка



ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Патологическая форма грудной клетки



- Кифотическая грудная клетка

ОСМОТР ПАЦИЕНТА

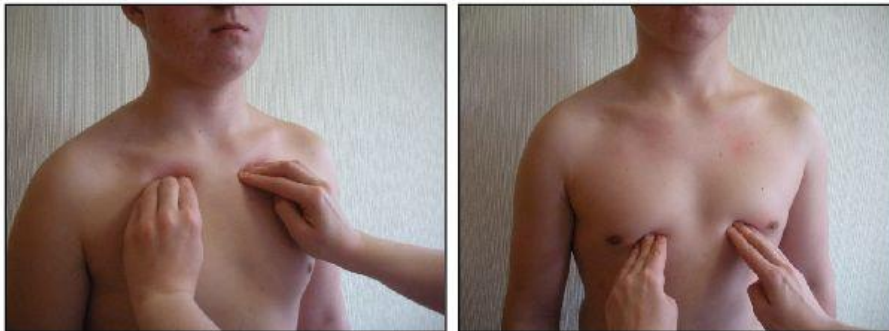
Кифосколиотическая грудная клетка



ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Пальпация грудной клетки: цели

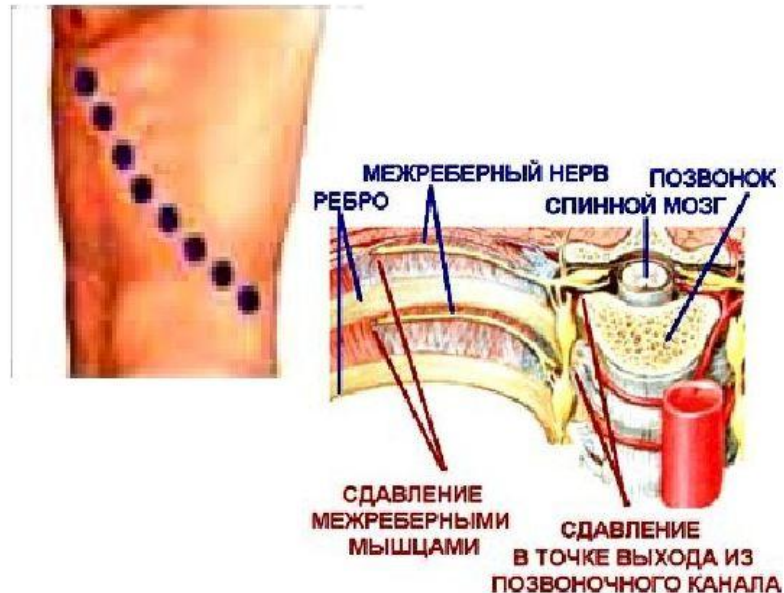
- Определение болезненности
- Определение эластичности
- Исследование голосового дрожания



ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Болезненность грудной клетки

- По ходу межреберных промежутков:
 - миозиты,
 - невралгии.
- Болезненность ребер:
 - переломы,
 - миеломная болезнь, лейкозы,
 - метастазы опухолей.
- При глубоком надавливании в межреберных промежутках:
 - плевриты.



ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Резистентность грудной клетки

1. Общая резистентность:

- окостенение хрящей у пожилых,
- эмфизема легких.

2. Локальная резистентность:

- уплотнение легочной ткани,
- скопление жидкости или воздуха в плевральной полости.

ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Голосовое дрожание

- Сила – умеренная
- Симметричность – одинаковая
- Условия для нормального проведения:
 - а) нормальная и одинаковая проходимость бронхов с обеих сторон;
 - б) одинаковая плотность легочной ткани вокруг вентилируемого бронха.



ОСМОТР ПАЦИЕНТА: ПЕРКУССИЯ

Виды перкуссии

по технике

- непосредственная перкуссия
- опосредованная перкуссия

по цели

- сравнительная
- топографическая

по громкости

- **громкая** — используется для выявления патологических изменений и определения границ глубоко расположенных органов;
- **тихая** (сниженная сила перкуторного удара) — используется для определения границ поверхностно расположенных органов;
- **тишайшая** (пороговая сила перкуторного удара) — не используется (абсолютная сердечная тупость).

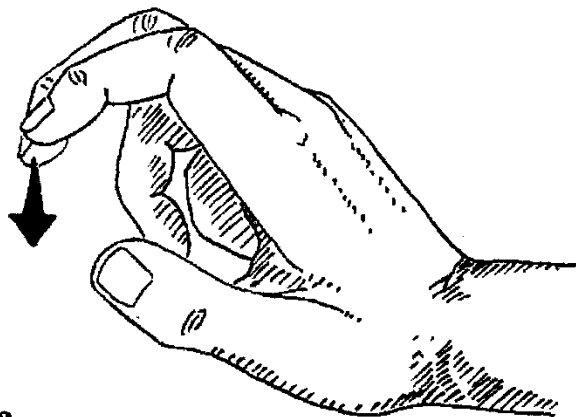


ОСМОТР ПАЦИЕНТА: ПЕРКУССИЯ

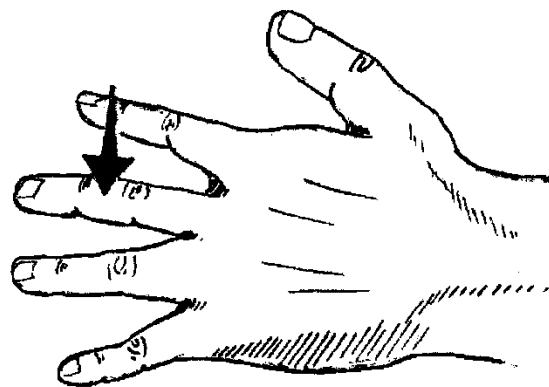
Виды перкуторного звука над легкими:

- ⦿ В норме - ясный легочный
- ⦿ При появлении очага уплотнения - притупление легочного звука
- ⦿ При повышении воздушности - коробочный звук
- ⦿ При скоплении воздуха в плевральной полости - тимпанит
- ⦿ При скоплении жидкости в плевральной полости - тупой (печеночная тупость)

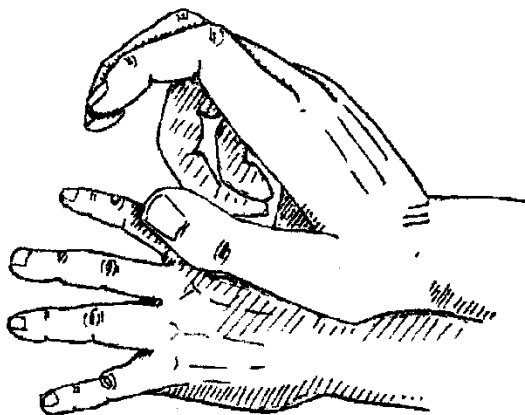
ОСМОТР ПАЦИЕНТА: ПЕРКУССИЯ



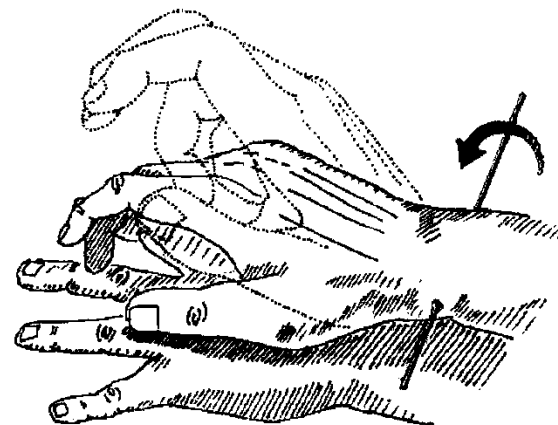
а



б



в



г

ОСМОТР ПАЦИЕНТА: ПЕРКУССИЯ

Правила проведения сравнительной перкуссии легких:

1. Проводят сравнение характера перкуторных звуков, полученных на **симметричных участках** грудной клетки.
2. Применяют **громкую** перкуссию.
3. Перкуссия проводится по **межреберьям**.



ОСМОТР ПАЦИЕНТА: ПЕРКУССИЯ

Топографическая перкуссия легких

— по силе тихая

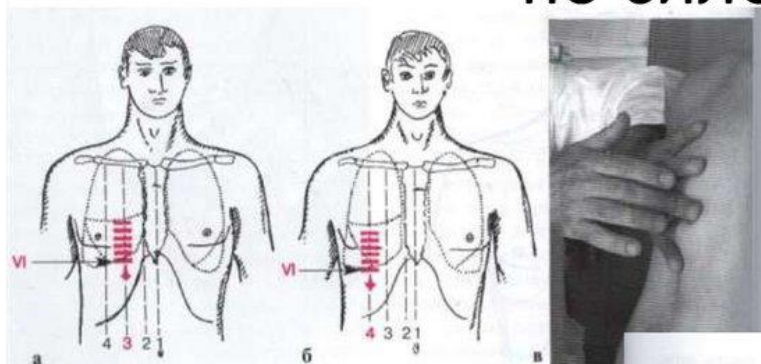


Рис. 2.69. Перкуссия нижнего края легких по парастернальной (а) и срединно-ключичной (в) — положение врача и больного при перкуссии по срединно-ключичной линии. 1 — срединная линия; 2 — правая грудничная линия; 3 — парастернальная линия; 4 — срединная линия. Римскими цифрами обозначены границы нижнего края легких у здорового человека.

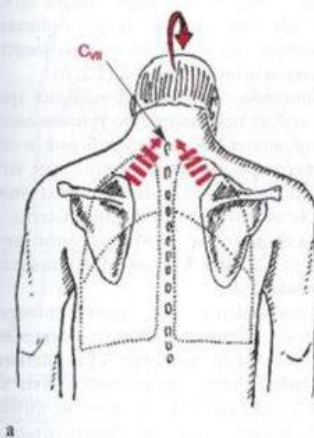


Рис. 2.67. Определение верхней границы легкого сзади: а — схема перкуссии (по направлению к точкам, расположенным на 3—4 см в сторону от остистого отростка VII шейного позвонка); б — положение врача и больного при перкуссии.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ

